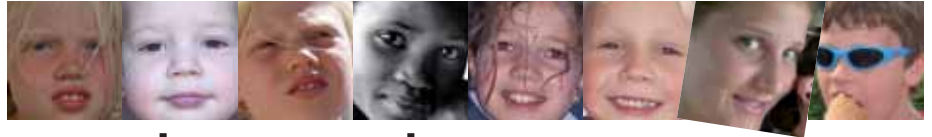


- 6 Child poverty in perspective: an overview of child well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Florence: Unicef Innocenti Research Centre, 2007.
- 7 Van Dorsselaer S, Van Zeijl E, Van de Eeckhout S, Ter Bogt T, Vollebergh W. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbosinstituut, 2007.
- 8 Schrijvers C, Van Wijnen L. Overgewicht. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008.

- 9 Otters H. Childhood morbidity in Dutch general practice. Epidemiology and management. [Proefschrift] Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 2004.
- 10 Nieuwe aanpak EKD JGZ. Brief van minister Rouvoet aan de Tweede Kamer en de Colleges van Burgemeester en Wethouders van alle Nederlandse gemeenten. PG/OGZ 2.829.135, 5 februari 2008.

## Beschouwing



# Kijken, luisteren en dan spreken

## Hoe gaan huisartsen om met (vermoedens van) kindermishandeling?

Joke Meulmeester, Rob Beukering

### Inleiding

Huisartsen signaleren relatief weinig kindermishandeling. In 2007 was slechts 1,4% van de meldingen bij het Advies- en Meldpunt

### Samenvatting

Meulmeester JF, Beukering RG. Kijken, luisteren en dan spreken. Hoe gaan huisartsen om met (vermoedens van) kindermishandeling? *Huisarts Wet* 2008;51(13):673-7.

Huisartsen signaleren relatief weinig kindermishandeling. De huisarts als gezinsarts heeft een belangrijke taak bij het signaleren van kindermishandeling. Toch ervaren huisartsen in de praktijk belemmeringen bij het melden en bespreekbaar maken van de gesignaleerde zorgen. Er is veel onzekerheid over het omgaan met het beroepsgeheim. De richtlijn van de nieuwe KNMG-meldcode is 'spreken, tenzij'. Huisartsen vragen vaak om anoniem te mogen melden. Dit kan alleen onder voorwaarden, waarbij het om uitzonderlijk ernstige situaties gaat. De KNMG-meldcode adviseert uiterst terughoudend te zijn met anoniem melden. In de praktijk blijkt de wens om anoniem te melden vaak gebaseerd op onzekerheid over het bespreekbaar maken van de gesignaleerde problematiek. Hierbij kan het AMK ondersteuning bieden. Concreet zijn over zorgen en deze als een gemeenschappelijke zorg bespreken, blijkt in de praktijk goed te werken. De werkwijze van het AMK is beschreven zodat huisartsen weten wat zij in de praktijk van het AMK kunnen en mogen verwachten.

AMK Bureau Jeugdzorg Haaglanden, Neherkade 1, 2521 VA Den Haag: dr. J.F. Meulmeester, vertrouwensarts. AMK Bureau Jeugdzorg Utrecht: R.G. Beukering, vertrouwensarts.

Correspondentie: j.meulmeester@bjzhzh.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Kindermishandeling (AMK) afkomstig van huisartsen.<sup>1</sup> Het is niet geheel duidelijk waardoor dit komt.

Kindermishandeling is gedefinieerd in de Wet op de Jeugdzorg.<sup>2</sup> Het gaat om lichamelijke en psychische mishandeling, lichamelijke en psychische verwaarlozing, seksueel misbruik en het getuige zijn van huiselijk geweld. Uit onderzoek blijkt dat getuige zijn even schadelijk is voor kinderen als zelf slachtoffer zijn.<sup>3</sup> In dit artikel bespreken we kindermishandeling zoals dat in de dagelijkse praktijk voorkomt. Hoe vaak komt het voor en hoe vaak melden de verschillende beroepsgroepen het? We beschrijven de belemmeringen bij huisartsen en geven mogelijke verklaringen voor het relatief lage aantal meldingen door huisartsen. De werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling wordt toegelicht. Tot slot geven we mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde belemmeringen.

### Definitie Kindermishandeling Wet op de Jeugdzorg

Kindermishandeling is elke vorm van voor de minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid en van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade aan de minderjarige wordt berokkend, of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.

### Kindermishandeling in getal

Jaarlijks zijn 107.000 tot 170.000 kinderen in Nederland slachtoffer van mishandeling<sup>4,5</sup> en minstens 50 van hen overlijden aan de gevolgen daarvan. Artsen melden echter relatief weinig (vermoedens van) kindermishandeling.<sup>1</sup> Veruit de meeste meldingen door beroepskrachten komen van de politie (tabel 1).

Vaak gaat het bij (vermoedens van) kindermishandeling om meer

## Kern

- ▶ (Huis)artsen signaleren en melden nog te weinig gevallen van kindermishandeling.
- ▶ Openheid, mits empathisch en respectvol, schaadt minder dan gevreesd.
- ▶ Overleg met Advies- en Meldpunt Kindermishandeling kan de huisarts ondersteunen.
- ▶ Duidelijkheid over eigen en andermans verantwoordelijkheid in een netwerkbespreking is belangrijk.

vormen tegelijkertijd (tabel 2). Het getuige zijn van huiselijk geweld binnen het gezin en affectieve verwaarlozing worden het meest gemeld, respectievelijk 39% en 34%. Affectieve verwaarlozing gaat vaak samen met andere vormen van kindermishandeling. Getuige zijn van huiselijk geweld heeft veel schadelijke gevolgen voor kinderen. Sinds 2002 vraagt de overheid dan ook aandacht voor deze vorm van kindermishandeling.<sup>6</sup>

## Belemmeringen in de spreekkamer

Veel artsen voelen zich belemmerd bij de aanpak en signalering van kindermishandeling.<sup>7</sup> Belangrijke redenen daarvoor zijn gebrek aan kennis en ervaring, onzekerheid over de signalen, zorgen om de vertrouwensrelatie met het gezin en angst voor agressie en klachten van de ouders.

Veel signalen van kindermishandeling zijn niet specifiek voor de mishandeling. Daarbij komt dat kinderen in bepaalde leeftijdsgroepen nauwelijks bij de huisarts komen. Slachtoffers die wel bij de huisarts komen, proberen de mishandeling vaak ten koste van alles te verbergen. Meestal uit loyaliteit aan hun ouders.

**Tabel 1** AMK-melders beroepshalve met gezin bekend in Nederland in 2007 (% meldingen)<sup>1</sup>

Achtergrond	%
Algemeen Maatschappelijk Werk	2,3
AMK zelf (hermelding in afgesloten dossier)	4,7
Bureau Jeugdzorg (uitgezonderd AMK)	4,5
Geestelijke Gezondheidszorg (jeugd en volwassenen)	2,1
Huisarts	1,4
Jeugdgezondheidszorg	4,3
Kinderdagverblijven en peuterspeelzalen	0,4
Leerplichtambtenaar	0,7
MEE	1,3
Onderwijsvoorzieningen	7,0
Politie	24,6
Vrouwenopvang	1,1
Ziekenhuis	4,0
Overige beroepsgroepen en instanties	11,6
Totaal	70,0

**Tabel 2** Aard mishandeling van AMK-meldingen in Nederland in 2007 (% meldingen)<sup>\*1</sup>

Aard	%
Lichamelijke mishandeling	17
Lichamelijke verwaarlozing	17
Psychisch geweld	18
Affectieve verwaarlozing	34
Seksueel misbruik	6
Getuige van geweld in gezin	39
Munchausen by proxy	< 0,5
Overig	18

\*Per melding kunnen meerdere soorten mishandeling genoemd zijn (totaal 100%)

Ook ouders lopen doorgaans niet te koop met hun onmacht als ouder. Bij huiselijk geweld zijn er vaak meerdere geweldsincidenten geweest voordat de politie wordt ingeschakeld.<sup>9</sup> Veel huisartsen denken bij kindermishandeling aan tekenen van lichamelijke mishandeling, zoals onverklaarbare blauwe plekken. Toch kan juist de huisarts, die als gezinsarts op de hoogte is van de algehele gezinssituatie, onschuldig lijkende aandoeningen in de context van mishandeling plaatsen (casus 1). De ouders zullen zo'n vermoeden in eerste instantie meestal niet bevestigen. Vaak ontkennen zij een verband met andere spanningen, bijvoorbeeld uit angst of schaamte, of omdat zij zelf dat verband niet kunnen of willen leggen.<sup>6</sup>

Vermoedens van kindermishandeling onder ogen durven zien, dus het bewust signaleren ervan, vraagt om een alerte houding van de huisarts – zeker binnen de beperkte tijd van een huisartsconsult. Deze alertheid is des te meer nodig als de ouder zelf patiënt is en veel ondersteuning nodig heeft. Juist dan is het belangrijk te onderkennen wat de ziekte betekent voor zijn of haar rol als opvoeder. Psychiatrische of andere langdurig ernstige en invaliderende aandoeningen bij een ouder kunnen leiden tot (emotionele) verwaarlozing van kinderen, zeker als er geen mede-ouder is die adequaat kan optreden.

## Gebrek aan kennis en ervaring

Huisartsen schieten veelal tekort bij de herkenning, registratie en het te voeren beleid bij signalen van kindermishandeling.<sup>8,10,11</sup> Dat kan beter. In een ziekenhuis leidde een gestructureerde aanpak van vermoedens van kindermishandeling tot een toename van het aantal gesignaleerde gevallen.<sup>12</sup> Gerichte nascholing over het herkennen van huiselijk geweld verbeterde het signaleren daar significant.<sup>13</sup>

## Casus 1

Hans Pieters, 33 jaar, komt op het spreekuur met hoofdpijn. Hij ziet er moe uit. De huisarts weet dat het gezin het moeilijk heeft gehad. Na de geboorte van het derde kindje Floor in 2006 kreeg zijn vrouw Elly een enorme terugval van een psychiatrische stoornis. Daarna ging het met de medicatie weer goed.

Huisarts: 'Hoe gaat het verder thuis?'

Hans (lacht bitter): 'Elly slikt haar medicijnen niet meer, want ze vindt dat ze dan geen goede moeder meer is. Elly is dag en nacht met de kinderen bezig. Het huishouden laat ze aan mij over, terwijl ik net een nieuwe baan heb en voor de marathon wil trainen. Ik kan niet alles.'

Huisarts: 'Hoe gaat het met de kinderen?'

Hans (reageert korzelig): 'Vraag dat maar aan Elly. Ik kom hier voor mijzelf en wil iets voor de hoofdpijn.'

Huisarts: 'Ik stel voor om een pijnstiller voor te schrijven. Akkoord?'

Later die dag ziet de huisarts in het dossier dat moeder inderdaad 6 maanden geleden voor het laatst medicatie heeft gehaald. Ze vertelde destijds dat zij als moeder 24 uur paraat en waakzaam moet zijn. Die opmerking bevreemde hem toen.

Hij besluit te overleggen met het AMK wat verstandig beleid is.

## Vertrouwensrelatie, beroepsgeheim en melden

De vertrouwensrelatie tussen (huis)artsen en hun patiënten vormt een belangrijke belemmering om een vermoeden van kindermishandeling te bespreken met een patiënt. Huisartsen zijn bang dat de ouders hen gaan mijden als zij zorgen uiten over de gezinssituatie. Veel artsen voelen zich belemmerd om hun zorgen met anderen te delen. Zij beseffen dat zij hun beroepsgeheim schenden als zij hun zorgen met derden delen zonder toestemming van de patiënt. Deze vrees is echter ongegrond. De Wet op de Jeugdzorg regelt dat beroepsbeoefenaren met een beroepsgeheim gegevens mogen verstrekken aan het Bureau Jeugdzorg, in het bijzonder het AMK, als dit noodzakelijk is om kindermishandeling te stoppen of een redelijk vermoeden daarvan te laten onderzoeken.<sup>2</sup> Het belang van het kind gaat dan boven het beroepsgeheim. In Nederland kennen we een meldrecht ten aanzien van kindermishandeling en geen meldplicht. De afweging om te melden blijft de individuele verantwoordelijkheid van de arts.

Sinds 2002 bestaat de KNMG-meldcode kindermishandeling.<sup>14</sup> In de eerste versie lag het accent op 'zwijgen, tenzij'. Dit leek de vrees van artsen om het beroepsgeheim te schenden te bevestigen.<sup>15</sup> De nieuwe meldcode van 2008 heeft als richtlijn 'spreken, tenzij'.<sup>16</sup> Deze code is directiever. Een stappenplan (figuur) helpt de arts met de afweging of hij (vermoedens van) kindermishandeling moet melden.<sup>7,16</sup> Nieuw is de *monitorfunctie* van artsen: de (huis)arts beoordeelt zelf of via anderen in hoeverre de ingezette vrijwillige hulpverlening het beoogde effect heeft of het risico op schade afwendt. Zo niet, dan meldt de arts alsnog.

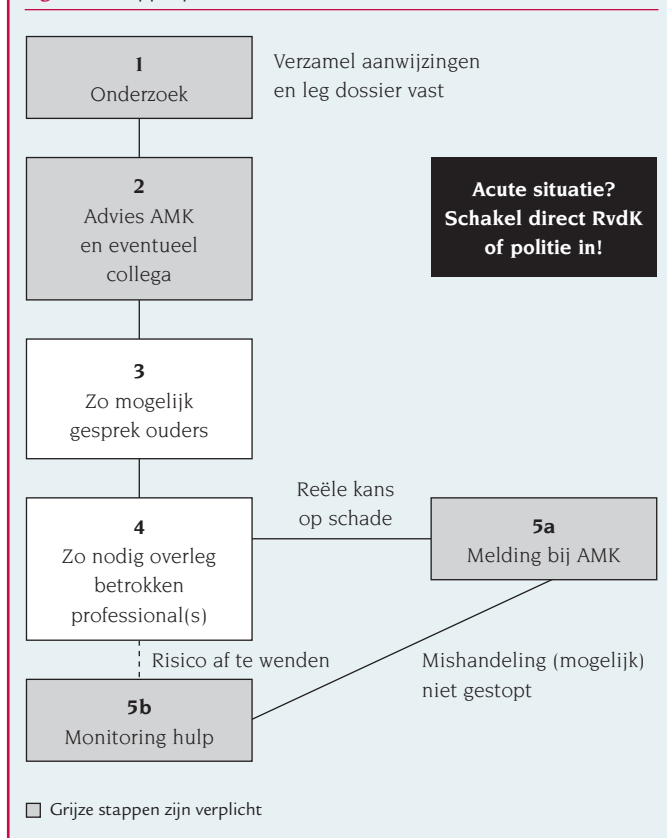
## Contact met het AMK: advies, consult, melden

Het eerste contact met het AMK – stap 2 in *figuur 1* – gaat vaak om een advies. Bij de meeste AMK's staat een vertrouwensarts de huisarts te woord. Zo niet, dan kan de arts hierom vragen. Bij een advies bespreekt de huisarts zijn zorgen met de vertrouwensarts en overleggen zij in hoeverre en op welke wijze de arts zelf actie kan ondernemen. Er worden geen persoonsgegevens van het betreffende gezin uitgewisseld. Als een gezin meerdere keren wordt besproken, gaat het advies over in een consult. Het AMK legt het gesprek vast op naam van de adviesvragende huisarts. Het AMK heeft geen verantwoordelijkheden tegenover het besproken gezin, dat immers niet bekend is bij het AMK.

In het vervolgotraject bespreekt de arts de zorgen met de ouders en eventueel andere professionals. Vindt men de kans groot dat de ontwrichtende situatie niet zal veranderen of zelfs zal verslechteren, dan volgt een melding bij het AMK (zie *figuur 1*, stap 5a). Bij de melding bespreekt het AMK met de melder welke verwachting hij heeft van het AMK-onderzoek, welke relatie hij heeft met het gezin en hoe de ouders hebben gereageerd op de aankondiging van de melding. Persoonsgegevens van alle gezinsleden worden nagevraagd. Het AMK onderzoekt in beginsel het hele gezin, ook als de melding slechts over één kind gaat.

Soms is de kans op schade bij de kinderen zo groot, dat de huisarts al bij het overleg in stap 2 besluit om te melden. De ouders zijn dan niet op de hoogte van het overleg met het AMK. De huis

Figuur 1 Stappenplan



arts bespreekt met het AMK hoe en wanneer hij de ouders zal informeren. Soms wordt besloten dat de huisarts de ouders niet informeert. Het AMK zal dan het onderzoek meteen daarna starten. De situatie kan ernstig bedreigend zijn voor kinderen of de huisarts zelf; dat vraagt uiteraard om een zorgvuldige regie met goede afspraken.

## Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

0900 1231230 (€ 0,05 per minuut), automatische doorschakeling naar eigen regio (24 uur per dag bereikbaar). [www.Nji.nl/kindermishandeling-profs/download/AMKgegevens2007.pdf](http://www.Nji.nl/kindermishandeling-profs/download/AMKgegevens2007.pdf)

## Anoniem melden

Huisartsen vragen vaak of ze anoniem mogen melden. Zij maken zich zorgen om de vertrouwensband met de patiënt of zijn bang het gezin te beschadigen en hen kwijt te raken. Bewust of onbewust kan ook angst voor de reactie van de ouders meespelen, die mogelijk agressief reageren of wellicht een klacht indienen. Een arts kan onder drie voorwaarden anoniem melden.<sup>16,17</sup>

1. Als door een open melding de kans groot is dat het leven van het kind direct bedreigd wordt.
2. Als er is een grote kans is op ernstige (fysieke) bedreigingen van de arts zelf of van mensen in zijn privé-leven of professionele omgeving.
3. Als de meldende arts de enige is die nog (professioneel) zicht heeft op het gezin en de kans groot is dat het gezin geheel uit beeld verdwijnt na een melding.

Kortom, het gaat om uitzonderlijk ernstige situaties.

Het AMK moet de anonimiteit van de melder waarborgen voor het gezin, maar ook voor alle informanten. Dit betekent ook dat niets van de gemelde zorgen herleidbaar mag zijn naar de melder. Huisartsen en andere behandelaars melden meestal heel specifieke informatie. Als de inhoud van de melding niet herleidbaar mag zijn, blijven er vaak weinig bespreekbare zorgen over. De KNMG-meldcode adviseert mede daarom uiterst terughoudend te zijn met anoniem melden.<sup>16</sup>

Hoe goed bewaakt de anonimiteit ook is, in een enkel uitzonderlijk geval komen ouders toch achter de identiteit van de professionele melder. Dan is niet alleen de vertrouwensband met de melder onherstelbaar verstoord, maar ook het vertrouwen in alle professionele hulpverleners nu en in de toekomst. Ook dit aspect moet goed meegewogen worden. Zeker bij gezinnen die voor hun functioneren grotendeels afhankelijk zijn van professionele hulpverlening. Het gaat dan immers om ouders die maar weinig vat hebben op hun eigen leven. Zij ervaren de wereld om hen heen vaak als bedreigend en 'tegen hen gericht'. Een anonieme melding versterkt dit gevoel.

#### Zorgen bespreekbaar maken

De behoefte om anoniem te melden, ontstaat vaak als artsen niet goed weten hoe ze hun zorgen met ouders kunnen bespreken. Veel huisartsen denken dat zij het 'ultieme bewijs van kindermishandeling' op tafel moeten leggen om ouders te overtuigen. Hier ligt een belangrijke taak van het AMK, in het bijzonder van de vertrouwensartsen. Zij ondersteunen artsen door mogelijke reacties en risico's gestructureerd te bespreken en door gericht advies te geven. Dergelijke gesprekken met de ouders zijn moeilijk, zeker in de beslotenheid van de huisartsenpraktijk, en vragen daarom een goede voorbereiding.

Nagenoeg iedere ouder voelt zich kwetsbaar als het over zijn kind(eren) gaat. Een opmerking over het kind of over de rol als opvoeder, kunnen ouders diep treffen. Het is belangrijk om het vermoeden van mishandeling in alle openheid als een gemeenschappelijke zorg te bespreken en ouders niet te beschuldigen. Dit is een belangrijke voorwaarde om bij ouders een luisterend oor te krijgen. Het zo concreet mogelijk benoemen van de zorg helpt ouders te begrijpen waar het over gaat. De huisarts moet bij voorkeur voorvallen noemen die hij zelf gezien heeft of die in de eigen praktijk zijn gebeurd. Hij kan eventueel verwijzen naar eerdere gesprekken over soortgelijke zorgen. Dit maakt het gemakkelijker om ze opnieuw aan de orde te stellen.

Is het doel van het gesprek om de melding bij het AMK te bespreken? Dan zal de huisarts het AMK voluit met name moeten noemen. Het kan helpen als de arts erbij zegt dat die naam nogal heftig is, omdat hij daarmee verwoordt wat veel ouders op dat moment voelen (*casus 2*). Het maakt het ook gemakkelijker om de reacties en emoties van ouders te benoemen en te bespreken. Deze zijn niet altijd gemakkelijk te hanteren. Maar als de arts het AMK niet bij naam noemt, kunnen de ouders zich achteraf

beschuldigd en aangeklaagd voelen. Hierdoor kan het vertrouwen in de huisarts alsnog beschadigd zijn.

Een open en respectvolle communicatie met ouders biedt de meeste kans op een verandering ten goede. De vrees voor boosheid en agressiviteit van ouders blijkt in de praktijk veelal ongegrond.

#### Casus 2

Huisarts: 'Ik maak mij zorgen om u en uw zoontje. Uw klachten wijzen op een flinke depressie. Vorige week vertelde u dat uw zoontje niet luistert, dat hij zo druk is en nachtmerries heeft. Ik denk dat er weer hulp van het Riagg nodig is.'

Moeder: 'Ik vraag om een woningurgentie maar die wilt u niet geven. Dan los ik het zelf wel op, ik heb verder niemand nodig!'

Huisarts: 'Nu u dit zo zegt, wordt mijn zorg nog groter. Kinderen met ouders die zoveel problemen hebben, kunnen daardoor in de knel komen.'

Moeder: 'Onzin, mijn zoon komt niks tekort.'

Huisarts: 'Misschien hebt u gelijk. Maar ik wil toch graag met een vertrouwensarts van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling overleggen.'

Moeder: 'Wat? Ik mishandel mijn zoon niet!'

Huisarts: 'Ik kan mij goed voorstellen dat u schrikt van dat woord, maar ik zeg niet dat u uw zoontje mishandelt. Ik maak mij grote zorgen en u wilt geen hulp. In dat geval is het AMK de instantie die met u samen kan kijken of hulp nodig is.'

Moeder: 'Maar die halen je kinderen weg!'

Huisarts: 'Dat doen ze alleen in uitzonderlijk ernstige situaties.'

Moeder: 'Hm, dan wacht ik het wel af...'

#### AMK-onderzoek, en dan?

Het doel van het AMK-onderzoek is de mishandeling te stoppen en hulpverlening in te zetten die nodig is om mishandeling in de toekomst te voorkomen.<sup>17</sup> Het AMK bespreekt eerst de gemelde zorgen met de ouder(s) en vertelt wat het AMK-onderzoek inhoudt. Ouders krijgen ruim de gelegenheid om hun mening te geven. Hierna benadert het AMK informanten die professioneel bij het gezin betrokken zijn, zoals de huisarts, de school, het consultatiebureau en de schoolarts. In beginsel worden kinderen van 6 jaar en ouder gesproken.

Het AMK bespreekt de uitkomst van het onderzoek met de ouders. Soms maakt het onderzoek duidelijk dat er geen sprake is van kindermishandeling, maar dat komt relatief weinig voor. Soms blijken de vermoedens van kindermishandeling niet bevestigd, maar ook niet met zekerheid uitgesloten. Dan vraagt het AMK aan de professionele omgeving (bijvoorbeeld huisarts of school) om alert te blijven op signalen. Als er wel duidelijk sprake is van kindermishandeling wordt hulpverlening ingezet. Als hulp op vrijwillige basis naar verwachting niet toereikend is, verzoekt het AMK de Raad voor de Kinderbescherming om het onderzoek voort te zetten teneinde een ondertoezichtstelling aan te vragen bij de kinderrechter.

Het AMK stuurt een afsluitbrief aan de ouders met de uitkomst van het onderzoek en de gemaakte afspraken, en sluit het dossier.

Verder stelt het AMK de professionele melder schriftelijk op de hoogte van de uitkomst van het onderzoek. Bij veel AMK's is het gebruikelijk dat huisartsen standaard schriftelijk bericht krijgen dat het onderzoek is afgerond dan wel een afschrift krijgen van de afsluitbrief aan de ouders. Als hulpverlening is ingezet, informeert het AMK binnen drie maanden of de ouders de gemaakte afspraken nakomen. Zo niet, dan wordt het dossier heropend.

De ouders zijn meestal op de hoogte als het AMK een huisarts benadert voor informatie over een gezin. Ingeval dit niet zo is, hoort de huisarts waarom. De huisarts maakt dan zijn eigen afwegingen over wat hij met het AMK bespreekt. Ook over deze gegevensverstrekking geeft de KNMG meldcode advies.<sup>16</sup>

### Samenwerken in netwerken

Huisartsen zijn vaak een belangrijke partner in netwerken rondom kinderen en jongeren. Informatieoverdracht geschiedt vaak met medeweten van de ouders. Het is belangrijk om daarbij goed in het oog te houden wat het doel is van een bespreking en wie welke verantwoordelijkheid draagt.

### Beschouwing en conclusie

De huisarts heeft een belangrijke taak bij het signaleren van kindermishandeling. Toch ervaren huisartsen in de praktijk belemmeringen bij het melden en bespreekbaar maken van de gesignaleerde zorgen. Er is veel onzekerheid over het omgaan met het beroepsgeheim. De richtlijn van de nieuwe KNMG meldcode is 'spreken, tenzij'. De KNMG verwacht van artsen een actieve opstelling in de strijd tegen kindermishandeling.

In de praktijk blijkt de behoefte aan anoniem melden vaak gebaseerd op onzekerheid over het bespreekbaar maken van de gesignaleerde problematiek. Hierbij kan het AMK ondersteuning bieden. Concreet zijn over zorgen en ze als gemeenschappelijke zorgen bespreken, blijkt in de praktijk goed te werken. In het algemeen is openheid over melden bij het AMK essentieel om de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt te behouden. De werkwijze van het AMK is beschreven zodat huisartsen weten wat zij in de praktijk van het AMK kunnen en mogen verwachten.

### Literatuur

- 1 Adviezen en meldingen over kindermishandeling in 2007. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI), 2008. Te downloaden via [www.nji.nl/kindermishandeling-profs/download/AMKgegevens\\_2007.pdf](http://www.nji.nl/kindermishandeling-profs/download/AMKgegevens_2007.pdf).
- 2 Wet op de Jeugdzorg, 2005.
- 3 Lamers-Winkelmann F, Winder LA, Baeten PACM. Kindspoor: vroegtijdige signalering en aanpak van geweld in gezinnen. Den Haag: Stichting Bureau Jeugdzorg Haaglanden/Zuid Holland, 2007.
- 4 IJzendoorn MH, Prinzie P, et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Casimir Publishers 2007.

### Abstract

**Meulmeester JF, Beukering RG. Look, listen – and speak up. Huisarts Wet 2008;51(13):673-7.**

General practitioners seldom report cases of child abuse. As a family physician the GP has an important role to play. Most GP's feel restricted in discussing and reporting concerns regarding child abuse. A major hurdle is the fear of violating patient confidentiality. The new guidelines on reporting child abuse advise the GP to 'speak up, unless.' GP's often ask that their reports be given anonymously, but anonymous reporting is only allowed under three strict conditions in very serious situations. Such a request usually stems from uncertainty about how to discuss concerns of child abuse with parents. The Advisory, Counseling and Reporting Centre for Child Abuse (AMK) can support, counsel and guide GP's on how to act in these complicated situations. In general, GP's are advised to be open and exact in expressing their concerns to parents. The AMK working method is explained in order to inform GP's on what they can and may expect from the AMK in cases of concern regarding child abuse.

- 5 Lamers-Winkelmann F, Slot NW. Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Amsterdam: Vrije Universiteit (PI research), 2007.
- 6 Baeten P, Geurts E. In de schaduw van het geweld. Kinderen die getuige zijn van geweld tussen ouders. Utrecht: NIZW, 2002.
- 7 De Roode R, Meulmeester JF. Spreek voor het kind. Medisch Contact 2008;63:1444-6.
- 8 Goren SS, Raat AMC, Broekhuijsen-Van Henten DM, Russel IMB, Van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Ned Tijdschr Geneesk (aangeboden 2008).
- 9 Van Saltbommel E. Nee tegen kindermishandeling. Den Haag: Politie Haaglanden, Bureau Doelgroepen en Netwerken, 2008.
- 10 Maat-Van Maanen J, Mol S, Kuyvenhoven M, Schellevis F. Kindermishandeling, een ondergeschoven kind? Huisarts Wet 2005;48:265.
- 11 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Diagnosis and interpretation of injuries: a study of Dutch general practitioners. J Clin Forensic Med 2005;12:291-5.
- 12 Bleeker G, Vet NJ, Haumann ThJ, Van Wijk IJ, Gemke RIBJ. Toename van het aantal gemelde gevallen van kindermishandeling na een gestructureerde aanpak in het VU Medisch Centrum, Amsterdam, 2001/04. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:1620-4.
- 13 Lo Fo Wong SH. The doctor and the woman 'who fell down the stairs': family doctor's role in recognising and responding to intimate partner abuse. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2006.
- 14 KNMG. Meldcode inzake kindermishandeling IX 01. Utrecht: KNMG uitgave 3.0, laatst gewijzigd 2004.
- 15 Bosschaart AN, Hulst E, De Haan FJ. De plicht van iedere hulpverlener: meldcode kindermishandeling heeft dringend aanpassing. Medisch Contact 2007;62:1984-6.
- 16 KNMG. Meldcode kindermishandeling. Utrecht: KNMG uitgave 2008.
- 17 Baeten P. Protocol van handelen bij vermoedens van kindermishandeling in relaties van afhankelijkheid en onvrijheid. Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Utrecht: NIZW, 2004.